

Instrucciones para este proceso de solicitud de inscripción

El enfoque de Servicios de Rehabilitación de Niños (Children's Rehabilitative Services) (CRS) es mejorar la calidad de vida de los niños al brindar tratamiento médico, rehabilitación y servicios de apoyo relacionados centrados en la familia a las personas inscritas que tienen ciertas condiciones médicas, discapacitantes o potencialmente discapacitantes.

Para ser elegible para los servicios, el niño o joven debe:

- Ser ciudadano estadounidense
- Ser residente de Arizona menor de 21 años de edad
- Tener una discapacidad física, enfermedad crónica o condición médica identificada por CRS que sea potencialmente discapacitante

Cualquiera, incluso médicos, enfermeros, pacientes o amigos pueden referir a un niño a CRS.

Cómo solicitar la inscripción

Paso 1: Revise la lista de control de la solicitud de inscripción y llene los formularios según las instrucciones

Si necesita ayuda para llenar los formularios, llame al especialista en elegibilidad e inscripción de su clínica más cercana o al número telefónico para todo el estado que se muestra abajo.

Paso 2: Envíe de regreso la solicitud de inscripción y toda la documentación requerida a:

Correo: APIPA-CRS
Attn: Eligibility and Enrollment
PO Box 33320
Phoenix, AZ 85067-3320

○

Fax: 1-866-623-1692

○

Llévelo a la clínica más cercana:

Clínica	Ubicación	Números telefónicos
Flagstaff	1200 N. Beaver Street Flagstaff, AZ 86001	(928) 773-2054 1-800-232-1018
Phoenix	124 W Thomas Road Phoenix, AZ 85013	(602) 406-6400 1-800-392-2222
Tucson	2600 N. Wyatt Drive Tucson, AZ 85712	(520) 324-5437 1-800-231-8261
Yuma	2400 Avenue A Yuma, AZ 85364	(928) 336-7095 1-800-837-7309 Fax (928) 336-7497
En todo el estado		1-866-275-5776 TDD 1-800-367-8939

REFERENCIA/SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CRS

NOMBRE DEL NIÑO (apellido, primero, segundo)		RAZA	GENERO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) / /	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO (si se conoce)			IDIOMA PREFERIDO	ETNICIDAD	
PADRE/MADRE O TUTOR (apellido, primer nombre)			RELACIÓN CON EL NIÑO <input type="checkbox"/> Padres naturales <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> De crianza <input type="checkbox"/> Otro		
DIRECCIÓN DEL NIÑO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓD. POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓD. POSTAL	Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NÚM. TELEFÓNICO ()	MENSAJE/NÚMERO DE TEL. CELULAR ()	NÚM. TEL. DEL TRABAJO ()		CORREO ELECTRÓNICO	
EN UNA EMERGENCIA INFORMAR A (Nombre, dirección, teléfono)			RELACIÓN CON EL NIÑO <input type="checkbox"/> Padres naturales <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> De crianza <input type="checkbox"/> Otro		
Profesional de atención primaria del NIÑO DIRECCIÓN NÚMERO TELEFÓNICO					
REFERIDO POR: (Nombre, dirección, teléfono) (Esta persona verifica que se ha informado al padre/madre/tutor del niño sobre esta referencia).					
RAZÓN PARA LA REFERENCIA A CRS:					
ESCRIBA LOS DIAGNOSTICOS PRINCIPALES (p.ej., labio leporino, DSV, parálisis cerebral, etc.) SI ESTÁN DISPONIBLES, ENVÍE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS CON ESTE FORMULARIO.					
1)		2)		3)	
4)		5)		6)	
ESCRIBA LAS ALERGIAS CONOCIDAS 1)		2)			
3)		4)			
¿HA RECIBIDO EL NIÑO SERVICIOS DE CRS ANTES? : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿AÑO? ¿DÓNDE?					
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENÓ ESTE FORMULARIO DIRECCIÓN TELÉFONO ()				RELACIÓN CON EL PACIENTE	

ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN

¿Tiene el niño seguro médico? SÍ NO

Plan de salud de AHCCCS NO SÍ De ser así, Núm. de ID de AHCCCS _____ Plan de salud de AHCCCS: _____

Estoy de acuerdo con que el dinero que yo reciba como indemnización o acuerdo judicial para una reclamación para pagar la atención médica del niño se debe usar para pagar a los proveedores de Servicios de Rehabilitación de Niños para la atención médica que se autoriza y brinda. Estoy de acuerdo con que cuando se encuentren disponibles beneficios de seguros, indemnizaciones judiciales, acuerdos para una reclamación u otros beneficios de terceros, los debo usar antes de que se deban usar los fondos de CRS para brindar atención médica al niño o se deben usar para reembolsar a CRS o al contratista de CRS para la atención médica que se brinda al niño. Si recibo y convierto beneficios descritos por esta subsección para mi uso personal y no para el pago de los servicios de CRS del niño, yo seré responsable personalmente del pago de los servicios por los cuales deberían pagar los beneficios.

Estoy de acuerdo con proporcionar toda la información necesaria para permitir que CRS y los proveedores de CRS cobren dicho seguro. Estoy de acuerdo con informar a CRS dentro de un plazo de diez (10) días sobre cambios financieros o de seguros que afectarían mi elegibilidad financiera.

Si pierdo la elegibilidad del Título XIX o Título XXI, se puede requerir que pague por los servicios de CRS recibidos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a CRS que divulgue la información necesaria para que se completen las reclamaciones de hospitales, otros proveedores y de seguro médico. Además autorizo a CRS a intercambiar información con el Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security) o el Sistema de Contención del Costo de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System) (AHCCCS) y otras empresas aseguradoras según sea necesario para determinar la elegibilidad financiera.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS

Autorizo a cualquier aseguradora con la que tenga cobertura, a que pague directamente al hospital, la clínica, al médico u otro proveedor de CRS que brinde el servicio. Además estoy de acuerdo con enviar todo dinero de seguros, que reciba por servicios que se brinden a través de CRS, al proveedor de dicho servicio. Estoy de acuerdo con enviar copias de todas las explicaciones de beneficios que recibí de mi aseguradora médica a CRS o a proveedores de CRS.

Certifico que he leído este acuerdo, recibido una copia y estoy autorizado a actuar por el miembro y como su padre/madre para ejecutar y aceptar los términos, las condiciones y autorizaciones fijadas arriba.

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN

Certifico que doy mi consentimiento voluntario para que se inscriba a (nombre del niño) _____ en el programa de CRS.

Persona responsable desde el punto de vista financiero _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO DE APIPA-CRS

APPLICATION REVIEWED BY:		DATE	<input type="checkbox"/> Approved	
SPECIALTY CLINIC ASSIGNMENTS:				
<input type="checkbox"/> PEND- diagnostic tests	<input type="checkbox"/> PEND- waiting for medical documentation	<input type="checkbox"/> DENY- no medical documentation	<input type="checkbox"/> DENY-not medically eligible	<input type="checkbox"/> DENY – Other reason

Nombre del solicitante (niño) (apellido, primero, iniciales del segundo nombre)	Fecha de nacimiento del niño (dd/mm/aa):
---	--

¿Tiene el niño seguro médico? [] SÍ [] NO De no ser así, pase a la firma. De ser así, incluya una copia de toda la información de seguros y/o tarjeta del seguro.

Información sobre seguro principal:

Nombre del titular de la póliza de seguro:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aa):
Compañía aseguradora:		No. telefónico:
Dirección de cobro:		
No. de póliza/plan:		Número de ID:
Nombre/número del grupo:	Fecha de entrada en vigencia:	Tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Vista
Costo de la prima del seguro por mes: \$		

Información sobre seguro secundario:

Nombre del titular de la póliza de seguro:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aa):
Compañía aseguradora:		No. telefónico:
Dirección de cobro:		
No. de póliza/plan:		Número de ID:
Nombre/número del grupo:	Fecha de entrada en vigencia:	Tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Vista
Costo de la prima del seguro por mes: \$		

Necesitamos su firma para procesar su solicitud de inscripción.

Autorización de HIPAA para divulgar información:

Estoy de acuerdo con la divulgación de información personal y financiera de esta solicitud de inscripción, incluso los formularios suplementarios y la información de apoyo a AHCCCS o DES con el fin de determinar la elegibilidad para el seguro de salud de AHCCCS, si corresponde.

Declaración de verdad: Juro bajo pena de perjurio que las afirmaciones hechas en esta solicitud de inscripción y todas las otras afirmaciones que he hecho (o haré) durante el proceso de solicitud de la inscripción son verdaderas y correctas a mi leal saber. Las fotocopias que he proporcionado (o proporcionaré) son las mismas que el documento original. He leído y entiendo todas las afirmaciones anteriores.

Firma del solicitante, adulto responsable
o representante autorizado

Fecha

Relación
con el niño

Antes de enviar sus formularios, ¡¡revise esta lista!!

Para acelerar su solicitud de inscripción, ¿ha incluido?

- Referencia/Solicitud de inscripción - Formulario 1-A (requerido)
- Consentimiento para la inscripción - Formulario 1-B (requerido)
- Firma y otra cobertura de seguro - Formulario 1-C (requerido) – ¡no olvide firmar el formulario!
- Expedientes médicos de su médico que apoyen su condición de CRS
- Prueba de la inscripción en AHCCCS, si corresponde

¿No tiene plan de salud de AHCCCS? Continúe con la Solicitud financiera (formulario 2A)

Nombre del solicitante (niño) (apellido, primero, iniciales del segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Estado civil del solicitante:
---	-----------------------------	--------------------------------------

INGRESO DEL HOGAR

INGRESO DEL TRABAJO

Nombre del asalariado	Fecha de nacimiento	Relación con el niño (padre, madre, tutor, niño de 18 a 21 años de edad otro – indique)	Ingreso anual bruto	¿Empleado de tiempo completo? S/N De no ser así, No. de horas trabajadas por mes: _____	Nombre del empleador	Número telefónico del trabajo
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

OTRO INGRESO DEL TRABAJO – Si no lo hay, marque “X” en la columna No y marque “\$0” en la Cantidad total

¿RECIBE ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR O HA SOLICITADO ALGUIEN ALGO DE LO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN? De ser así, llene la información e incluya documentación con su solicitud.	SÍ	NO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE DINERO	CANTIDAD TOTAL	FRECUENCIA DE PAGO (es decir, semanal, cada dos semanas, mensual, anual)
	1. Programa de capacitación de AZ				\$
2. Programa AZ Works				\$	
3. Cuidado de niños, ingreso por cuidado de niños, ayudantes para las tareas del hogar o para salud en el hogar				\$	
4. Ventas de sangre o plasma				\$	
5. Job Opportunity and Basic Skills Training (JOBS) [Oportunidad de trabajo y entrenamiento en destrezas básicas]				\$	
6. Ingreso por alquiler				\$	
7. Summer Youth Employment and Training Program (SYETP) [Programa de trabajo en el verano y entrenamiento para jóvenes]				\$	
8. Otro:				\$	

Miembros del hogar (nombres y edades):

Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad

RENDIMIENTOS DEL CAPITAL – Si no lo hay, marque “X” en la columna No y marque “\$0” en la Cantidad total

¿RECIBE ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR O HA SOLICITADO ALGUIEN ALGO DE LO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN? De ser así, llene la información e incluya documentación con su solicitud.	SÍ	NO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE DINERO	CANTIDAD TOTAL	FRECUENCIA DE PAGO
					(es decir, semanal, cada dos semanas, mensual, anual)
1. Beneficios de seguro social (Social Security Benefits) (SSA)				\$	
2. Beneficios de veteranos (GI) u otros beneficios militares				\$	
3. Beneficios de jubilación de empleados ferroviarios u otros beneficios de jubilación				\$	
4. Beneficios de seguro por desempleo (Unemployment Insurance) (UI)				\$	
5. Compensación industrial, compensación al trabajador, otra discapacidad				\$	
6. Regalos de dinero o préstamos de amigos o parientes, que excedan \$500 en un año				\$	
7. Pensión alimenticia, mantenimiento conyugal				\$	
8. Manutención del menor (Ingrese el número de niños _____)				\$	
9. Ingreso por usufructo de terrenos o regalías por tierras indígenas				\$	
10. Ingreso por alquiler o venta de terrenos, edificios, etc.				\$	
11. Premios, galardones, ganancias de lotería (sólo efectivo)				\$	
12. Pago de acuerdos de seguro para una condición médica				\$	
13. Distribución de ganancias por juegos de azar de los indio-americanos o asistencia de la oficina de asuntos para indio-americanos				\$	
14. Pagos de asistencia de AZ (TANF, Asistencia general, SSI)				\$	
15. Pagos por el cuidado de crianza para miembros de Kids Care (Título XIX)				\$	
16. Subsidio de huelga				\$	
17. Fondo fiduciario				\$	
18. Otro				\$	

DEDUCCIONES

	Tipo	Cantidad pagada	Frecuencia de pago (por ejemplo, semanal, cada dos semanas, mensual, anual)
Gastos médicos – Si no los hay, marque “\$0” en cantidad pagada. Incluya toda la documentación con su solicitud de inscripción.			
<input type="checkbox"/>	Primas de seguro de salud, últimos 12 meses	\$	
<input type="checkbox"/>	Gastos médicos/dentales pagados, en los últimos 12 meses	\$	
<input type="checkbox"/>	Gastos médicos/dentales no pagados, en los últimos 12 meses	\$	

Cuidado de familiar a su cargo/Cuidado de niños – Si no lo hay, marque “Ninguno” en el primer cuadro

Nombre del niño/familiar a su cargo	Fecha de nacimiento del niño/ familiar a su cargo	Nombre de la persona que paga por el cuidado	Cantidad del pago	Frecuencia de pago (por ejemplo, semanal, cada dos semanas, mensual, anual)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

DOCUMENTACIÓN DE SUSTENTACIÓN

Envíe por correo o fax la siguiente documentación (si está disponible) con esta solicitud de inscripción para que podamos procesar su elegibilidad financiera:

- Talones de pago durante los últimos 30 días o una declaración escrita de su empleador que confirme su ingreso;
- Si trabaja por su cuenta, declaración de impuestos federales o estado de cuentas financiero más reciente firmado y fechado;
- Cheques cancelados u ordenes judiciales que indiquen todo rendimiento del capital;
- Documentación de todos los gastos médicos pagados o no pagados en los que incurre durante los 12 meses antes de presentar esta solicitud;
- Cualquier orden o acuerdo judicial relacionado con la condición de CRS del solicitante;
- Gastos de indemnización o acuerdo judicial que se hagan por servicios médicos;
- Cheques cancelados u órdenes judiciales para pagos de manutención del menor;

- Documentación de todos los gastos actuales por cuidado de familiares a su cargo;
- Toda la otra documentación solicitada en la solicitud financiera

Llenado por (nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

¿Está inscrito el niño en un plan de salud de AHCCCS? ¡Entonces no necesita este formulario!

Antes de enviar sus formularios, ¡¡revise esta lista!! ¿Ha incluido?:

- Solicitud financiera – Formulario 2A
- Documentación solicitada en la Solicitud financiera
- Documentos siguientes:

Prueba de edad: Se puede usar uno de los siguientes como prueba de edad: **(Marque uno e incluya documentación)**

- Una copia certificada de un certificado de nacimiento
- Un certificado de naturalización que refleje la ciudadanía estadounidense
- Un pasaporte estadounidense vigente o vencido
- Un certificado de ciudadanía estadounidense
- Prueba de elegibilidad de AHCCCS

Ciudadanía: Se puede usar uno de los siguientes como prueba de ciudadanía/extranjero elegible: **(Marque uno e incluya documentación)**

- Una copia certificada de un certificado de nacimiento
- Un certificado de naturalización que refleje la ciudadanía estadounidense
- Un pasaporte estadounidense vigente o vencido
- Un certificado de ciudadanía estadounidense
- Un documento que verifique la condición del solicitante como extranjero elegible
- Indicación de elegibilidad para AHCCCS (excepto Asistencia federal de emergencia, que es para personas indocumentadas).

Residencia: Se puede usar uno de los siguientes como prueba de residencia: **(Marque uno e incluya documentación)**

- Un recibo de alquiler o hipoteca por la propiedad ubicada en Arizona
- Un contrato de arriendo por propiedad ubicada en Arizona
- Una declaración escrita que confirme la residencia en una institución de cuidado de enfermería de Arizona
- Una licencia de operador de vehículos motorizados no vencida de Arizona
- Una matrícula de vehículos motorizados vigente de Arizona, emitida dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de una solicitud de inscripción en CRS
- Talón de pago reciente de un empleador de Arizona (dentro de los últimos 30 días)
- Una cuenta de servicios públicos para propiedad en Arizona
- Entrada vigente en una guía telefónica para un teléfono ubicado en una propiedad en Arizona
- Un registro de la Oficina de correos de los Estados Unidos que refleje una residencia en Arizona
- Una copia certificada de un expediente escolar que refleje una residencia en Arizona
- Una copia de expedientes religiosos que refleje una residencia en Arizona
- Si ninguno de los documentos que se indican arriba está disponible y el solicitante reside en Arizona, el solicitante o si el solicitante es menor de edad, el padre/madre o tutor legal del solicitante, puede firmar una declaración jurada que certifique que la persona es actualmente residente de Arizona y tiene la intención de permanecer en Arizona